Rok XXXIII. Kraków 5. Maja 1894 r. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{3}$ „	„ 6 „

I. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

Jakkolwiek wielu badaczy już niejednokrotnie ostatnimi laty poszukiwało drobnoustrojów w rozmaitych cierpieniach oka, to jednak do dziś dnia z małym chyba wyjątkiem, nie mamy w tym względzie dokładnych wiadomości. Z długiego szeregu zewnętrznych cierpień oka, poddanych dotąd badaniu bakteryologicznemu, możemy wskazać tylko na tak zwaną jaglicę *(trachoma)*, oraz na śluzotok oczu egipski *(conjunctivitis blenorrhoica)*, które znalazły już swą etyologię w swoistych (specyficznych) drobnoustrojach [1]); co do reszty zaś spraw zapalnych, które niemal wszystkie bez wyjątku, były również przedmiotem licznych badań bakteryologicznych, znaczenie drobnoustrojów jako czynnika etyologicznego należy jeszcze uważać za kwestyę do rozstrzygnięcia [2]). Tak skromny stósunkowo wynik badań bakteryologicznych w tym względzie tłómaczy się, mojem zdaniem, głównie tą okolicznością, że wszyscy niemal dotychczasowi badacze szukali drobnoustrojów przeważnie w sprawach zapalnych, pomijając prawie zupełnie treść worka zdrowego. Badania takie oczywiście nie mogły przyspieszyć otrzymania dokładnych wyników; owszem wprowadzały pewien zamęt w prawidłowy, systematyczny ich przebieg. Trudno było wprawdzie sądzić z dokładnością o własnościach i znaczeniu tego lub owego nowowynalezionego drobnoustroju, skoro się nie miało pewności, jak się on zachowuje i czy znajduje się w ogóle w worku spojówkowym oka zdrowego. Dlatego też w historyi tych badań nieraz napotykamy takie szczegóły, że n. p. ten lub ów autor w pewnej sprawie chorobowej wynalazł bakterye swoiste, kiedy zaraz drugi autor zaprzecza mu tej swoistości, dowodząc na mocy własnych doświadczeń, iż takie same bakterye wykrył w zdrowym worku spojówkowym. Niewątpliwie, że takich przypadków nie mielibyśmy w historyi, gdyby badania bakteryologiczne systematycznie zaczęto nie od końca, ale od początku, t. j. od oka zdrowego. Zbadanie, o ile worek spojówkowy oka zdrowego jest i może być w istocie stałem siedliskiem dla tych lub owych drobnoustrojów, uważamy za rzecz nader ważną zarówno z punktu naukowego, biologicznego, jak ze stanowiska czysto praktycznego.

Już dzisiaj w niektórych dziedzinach medycyny, mianowicie w chirurgii, położnictwie i ginekologii, widzimy znaczne zmiany w zachowaniu się względem drobnoustrojów w ogóle, których do niedawna jeszcze tak się lękano. Wiadomo, że w wielu razach przedstawiciele tych gałęzi zamiast poprzedniej antyseptyki stósują aseptykę, polegającą li tylko na zachowaniu, jak można największej czystości dokoła chorego; słowem już nie ma tego szablonowego zwalczania bakteryj, jakie było przedtem, tylko pewna indywidualizacya środków stósownie do każdego przypadku operacyjnego i do otoczenia, w jakiem się w danej chwili działa. Ta zmiana w postępowaniu przytoczonych specyalistów bynajmniej nie dowodzi, by ich poglądy na znaczenie zarazków urganizowanych od pewnego czasu uległy zasadniczej zmianie, przeciwnie jest ona naturalnym wynikiem zarówno doskonalszego i ściślejszego poznania własności samych drobnoustrojów, ich biologii, jak i większego uwzględnienia tej roli, jaką sam ustrój odgrywa w walce z zarazkami. Przekonano się mianowicie, iż walczyć z bakteryami za pomocą ścisłej antyseptyki należy li tylko wtedy, kiedy się działa w okolicznościach wrzekomo septycznych, n. p. w otoczeniu przepełnionem szkodliwemi zarazkami, lub też kiedy pole operacyi samo przez się już jest mocno zanieczyszczone; w przeciw-

[1]) A. E. Fick. Ueber Microorganismen im Conjunctivalsack. 1887. C. Flügge. Die Microorganismen. 1886. S. Z. Schenk. Grundriss der Bacteriologie f. Aerzte u. Stud. 1893.

[2]) Flügge, Fick l. cit.

nych zaś razach antyseptyka staje się zbyteczną i z korzyścią dla chorego można ją śmiało zastąpić przez aseptykę.

Przechodząc następnie do oftalmologii, w szczególności do części jej operacyjnej, sądzimy, że i tu, być może, powyższe rozumowania co do aseptyki i antyseptyki mogłyby znaleść swe uzasadnienie. Wiadomo, że współcześni okuliści we wszelkich operacyach na oku posługują się przeważnie antyseptyką, stósowaną nieraz ze ścisłością pedantyczną. Niejednemu zapewne obserwatorowi wszystkich tych manipulacyj antyseptycznych nad okiem chorego, posuwanych nieraz do takiego stopnia, aż oko staje się różowem, nasunie się pytanie: czy rzeczywiście wszystkie te rękoczyny ze strony operatora w każdym przypadku i we wszystkich okolicznościach są niezbędne? czy nie możnaby i tu w niektórych razach zastósować aseptyki, tego niewinniejszego sposobu, jak to czynią chirurgowie i t. p.? By odpowiedzieć na to pytanie, okulista — chirurg przedewszystkiem — musiałby znać dokładnie swe pole operacyjne, mianowicie, o ile ono jest lub może być w każdym przypadku septyczne lub aseptyczne. Słowem, w szczególności wracamy znowu do naszego już z góry założenia, że trzeba wiedzieć, czy i jakie mianowicie bakterye co do jakości i ilości znajdują się w zdrowym worku spojówkowym? To też dla wyjaśnienia, o ile można, tej kwestyi chętnie przyjąłem propozycyę Szanownego Profesora Bujwida w Krakowie zajęcia się badaniami w tej mierze w Jego pracowni i pod Jego bezpośredniem kierownictwem.

W dostępnej sobie, odnoszącej się tu literaturze napotkałem tylko pracę Dra A. Eugen. Ficka: *Ueber Microorganismen im Conjunctivalsack.* Zurych z r. 1887, oraz badania Felzera i Fernandeza.

Fick nasamprzód przytacza literaturę co do drobnoustrojów w rozmaitych zewnętrznych sprawach zapalnych oka a następnie podaje wyniki własnych badań bakteryologicznych na ludziach z oczami zdrowemi, oraz na dotkniętych przewlekłym nieżytem powiekowym. Materyał swój dzieli na dwie grupy, z których jedna składająca się z 25 osób (50 worków spojówk.) podług autora stanowi kategoryę całkiem zdrowych worków spojówkowych, druga zaś grupa z 57 osób (85 worków spojówk.) przedstawia, jego zdaniem, bardziej grupę przewlekłych nieżytów, nieraz z podwinięciem *(entropium)* lub wywinięciem powieki na zewnątrz *(ektropium)*, co zależało, jak przypuszcza, od podeszłego wieku osób ostatniej grupy.

Z 50 worków spojówkowych zdrowych 1-szej grupy osób badania mikroskopowe śluzu w preparatach, zabarwionych fioletem metylowym (mikroskop Zeissa, okul. 3—5, objekt. DD, imersya $^1/_{12}$) w 32, czyli w 64%, żadnych bakteryj nie wykazały, w reszcie zaś 18, czyli w 36% wykryto bakterye. Również z 85 worków spojówkowych 2-giej grupy osób, podług twierdzenia autora, tylko w 6, to jest w 7% bakteryj nie wykryto (str. 14 i 17 l. c.).

Co do gatunków znajdywanych drobnoustrojów podaje autor, że tak w oczach zdrowych, jak w oczach z przewlekłym nieżytem najczęściej trafiają się rozmaite prątki *(bacilli)*, mianowicie w pierwszym przypadku, znajdują się one w 88%, w drugim w 100% (str. 16. l. c.). Następnie drugie miejsce pod względem częstości znajdywania się oddaje prątkom i ziarnikom (kokom), które jednocześnie trafiają się w 21% zdrowych oczu i w 61% oczu z nieżytem. Wyłącznie tylko ziarników autor nigdy nie znajdywał (str. 16. l. c.). W końcu autor wypowiada przekonanie, że zarówno w zdrowym jak i nieżytowym worku spojówkowym bakterye znajdują się zwykle a ujemne wyniki niektórych swych badań tłumaczy niedostateczną pewnością badania mikroskopowego i trudnością wynajdywania w każdym przypadku odpowiednich gruntów pożywczych.

Obok badania mikroskopowego śluzu *(Schleimflocken)* Fick stósował zwykle i metodę szczepienia na rozmaitych podłożach (agar, żelatyna, ziemniaki, surowica krwi) oraz szczepienie czystej hodowli przeważnie w rogówki królików.

Wszystkie w ogóle bakterye, tak prątki jak ziarniki, których gatunki u autora sięgają sporej liczby, autor uważa za całkiem niewinne, obojętne dla oczu, zaliczając je do kategoryi drobnoustrojów powietrznych; tylko gronkowiec złocisty *(staphylococcus pyogenes aureus)* zdaniem jego może uchodzić względnie za bakteryę chorobotwórczą, mianowicie będąc zaszczepiony w rogówkę królika; wprowadzony zaś nawet w znacznej ilości wprost do worka spojówkowego i roztarty po powierzchni gałki ocznej nie okazuje własności chorobotwórczych.

Przytoczywszy w krótkiem streszczeniu wyniki pracy A. E. Ficka, muszę się następnie nieco dokładniej zatrzymać nad ich ocenieniem. Przedewszystkiem z góry muszę zaznaczyć, iż autor zanadto śmiało robi wywody co do stałej obecności drobnoustrojów w zdrowym worku spojówkowym.

Zarówno ogólny materyał, jakim rozporządzał, jak ostateczne wyniki badań nie dają, mojem zdaniem, dostatecznej do tego podstawy. Ogólna ilość badanych, jak widać z powyższego, wynosi 83 osoby (135 worków spojówkowych). Z tej liczby 57 osób (85 worków spojówkowych) było mięszanych, t. j. miało po części zdrowe, po części oczy z nieżytem, chociaż, jak twierdzi sam autor, większość z nich była jednakże z nieżytem, nawet z podwinięciem lub wywinięciem powiek. Co do mnie, tobym sądził, że nawet znaczna większość, jeżeli nie wszyscy, była prawdopodobnie z nieżytem. Jakże bowiem wytłumaczyć sobie tę okoliczność, że z 85 worków spojówkowych (druga grupa osób) tylko w 7% autor nie mógł wykryć bakteryj, skoro w następnej znacznie mniejszej grupie badanych 50 worków spojówkowych zupełnie zdrowych (pierwsza grupa osób, p. w.) nie znalazło się bakteryj w 64%. Oczywista, że obie grupy osób poddanych badaniu stanowiły między sobą całkiem odmienny materyał, nie nadający się do porównywań tak, że właściwie tylko pierwsza grupa osób (26 osób p. w.) stanowi prawdziwy materyał, na którym się mogły oprzeć wszystkie wywody autora co do obecności drobnoustrojów w zdrowym worku spojówkowym. Nie rozumiem więc, w jaki sposób autor mógł przyjść do tak kategorycznego twierdzenia, iż w każdym worku spojówkowym są zwykle bakterye, rozporządzając tak niewielkim stósunkowo materyałem i jeszcze bardziej, znajdując i w nim nawet 64% worków spojówkowych wolnych od bakteryj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał

Dr. Tadeusz Mayzel,

sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Kobiety.

10) J. R., lat 30, wyrobnica, leczona od 19. Lutego do 27. Marca 1893. Rozpoznanie: *Oedema labii majoris dextri, polyadenitis specifica levis, syphilis cutanea maculosa trunci, condylomata lata ad genitalia et ad tonsillas*. Zrobiono sześć injekcyi *ol. ciner. mit.* po 0·10. Ustępywanie zmian kiłowych zauważono już po trzech injekcyach.

Uwagi. Injekcye wykonane w okolicę międzyłopatkową pozostawiły nacieki, nieco bolesne, które częścią uległy wessaniu, częścią zaś jeszcze utrzymywały się, gdy chora szpital opuszczała.

11) M. K., lat 28, służąca, leczona od 21. Lutego do 8. Kwietnia 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea trunci papulosa miliformis desquamans, psoriasis syphilitica palmaris et plantaris, condyl. lata ad labia oris, ad tonsillas et ad genitalia. Cephalagia nocturna, adenitis nuchalis gravis et inquinalis levis.*

Zrobiono siedm injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10. Ustępywanie zmian stwierdzono po 3 injekcyach, pod koniec leczenia wystąpiły jednak świeże kłykciny sączące w jamie ustnej.

Uwagi. Po injekcyach w *spatium interscapulare* tworzyły się nacieki bolesne, dochodzące do wielkości orzecha laskowego.

12) J. M., lat 14, służąca, leczona od 11. Lutego do 14 Marca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis ad natem dextram cicatrisans, condylomata lata ad tonsillas hypertrophicas et ad genitalia. Polyadenitis universalis minoris gradus.*

Zrobiono pięć injekcyj oleju szarego słabszego po 0·10. Zmiany ustępować zaczęły po 3 wstrzykiwaniu.

Uwagi. Wstrzykiwania robiono w okolicę międzyłopatkową; tylko raz powstał nieznaczny naciek, mało bolesny. Powrotów choroby dotąd nie było, chora była bowiem już na dwa zawody w szpitalu ze zwykłemi ekskoryacyami na częściach płciowych.

13) K. D., lat 18, prostytutka, leczona od 13. Marca do 8. Kwietnia 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea maculosa trunci* (plamy duże i liczne) — *Polyadenitis syphilitica minoris gradus.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10. Plamy ustąpiły po 3 wstrzykiwaniach.

Uwagi. Między łopatkami tworzyły się mierne nacieki. Po czterech miesiącach przyjęto ją z recydywą:

Syphilis papulosa miliformis extremitatum inferiarum, która ustąpiła po 20 wcieraniach.

14) K. U., lat 26, służąca, leczona od 5. Marca do 30. Maja 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea maculosa trunci et papulosa desquamans menti, condylomata lata ad tonsillas, labia pudenda et circa anum. — Polyadenitis universalis minoris gradus.*

Zrobiono ośm injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10. Ustępywanie zmian zauważono po 5 injekcyach.

Uwagi. Zarówno po injekcyach w *spatium interscapulare*, jak i *ad nates* tworzyły się spore nacieki bolesne, dochodzące do wielkości gołębiego jaja, niektóre z wyraźnem chełbotaniem, do otworzenia się ropni jednak nie przyszło. Pod koniec leczenia wystąpiło rtęciowe zapalenie jamy ustnej miernego stopnia.

15) S. K., lat 21, służąca, leczona od 3. Marca do 10. Czerwca 1893. Rozpoznanie: *Condylomata lata ad gingivas, ad apicem linquae et ad tonsillas, confluentia ad genitalia et circa anum. Laryngitis erythematosa polyadenitis univers. minoris gradus.*

Cztery injekcye *ol. cincr. mit.*, po których zmiany ustąpiły.

Uwagi. W *spatium interscapulare* tworzyły się znaczne nacieki, powoli ustępujące. Po 4 wstrzykiwaniach wystąpiło zapalenie jamy ustnej rtęciowe z uporczywym przebiegiem.

16) J. U., lat 17, krawcowa, leczona od 17. Maja do 26. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis ad labium minus sinistrum. Scleradenitis inguin. gravis. Syphilis cutanea* (plamy były różnej wielkości, nieregularnie rozmieszczone).

Sześć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10 w pośladki. Plamy ustąpiły po 5 injekcyach, odczynu nie było.

17) K. P., lat 23, służąca, leczona od 23. Maja do 24. Czerwca 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea trunci papulomaculosa, condylomata lata confluentia nodosa ad labia pudenda. Polyadenitis inguinalis gravis.*

Pięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05. Ustępowanie zmian zauważono po 3 injekcyach.

Uwagi. Ślad białka w moczu pojawił się po 2-ej injekcyi, co ustąpiło po tygodniu.

18) M. B., lat 28, służąca, leczona od 11. Maja do 12. Lipca. Chora jest w czwartym miesiącu ciąży. *Syphilis cutanea papulo-pustulosa ad thoracem et abdomen, ecthyma syphilit. ad scapulas, condylomata lata ad genitalia. Polyadenitis universalis.*

Ośm injekcyi ol. *ciner. fortis* po 0.05 w pośladki. Ustępywanie zmian zauważono po 5 injekcyach.

Uwagi. W dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala zgłosiła się z recydywą, pod postacią jednej rozpadłej kłykciny około odbytnicy a w tydzień po tem poroniła. Płód nieżywy, zmacerowany.

19) A. M., lat 22, służąca, leczona od 7. Czerwca do 18. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Syphilis papulosa acniformis trunci et praecipue ad regionem pubicam; condylomata lata confluentia nodosa ad genitalia, nates et ad anum, — superficialis ad tonsillas. Polyadenitis universalis minoris gradus.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05 w pośladki.

Zmiany ustąpiły po 4 injekcyach.

20) K. H., lat 20, służąca, leczona od 15. Czerwca do 14. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Syphilis trunci papulosa miliformis, condylomata lata superficialia ad tonsillas et ad labia oris, papulae syphiliticae ad genitalia. — Polyadenitis universalis.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10 w pośladki, po których zmiany ustąpiły.

21) A. D., lat 35, wyrobnica, leczona od 15. Czerwca do 8. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Adenitis axillaris, cubitalis et inguinalis minoris gradus, condylomata lata ad genitalia.*

Zrobiono cztery injekcye *ol. ciner. mit.* po 0·10 w pośladki.

Opuściła szpital wolna od zmian kiłowych.

22) M. P. lat 20, wyrobnica, leczona od 12. Lipca do 29. Sierpnia 1893. Rozpoznanie: *Adenitis nuchalis et inguinalis. Syphilis maculo-papulosa trunci.*

Zrobiono trzy injekcye *ol. ciner. mit.* w pośladki po 0·10.

Uwaga. Po drugiej injekcyi utworzył się ropień, który po tygodniu sam pękł a po dwóch tygodniach pozostały naciek ustąpił bez śladu. W treści ropnia rtęci nie znaleziono.

23) K. C., lat 18, wyrobnica, leczona od 2. Sierpnia do 8. Września. Rozpoznanie: *Syphilis papulo-maculosa trunci et extremitatum, condylomata lata confluentia, nodosa ad genitalia et superficialia ad tonsillas. Adenitis inguinalis, ambilateralis, multiplex.*

Cztery injekcye *ol. ciner. mit.* w pośladki wystarczyły do usunięcia zmian kiłowych.

Uwaga. Po czwartej injekcyi utworzył się naciek wielkości bobu, który jednak nie przeszedł w ropienie.

24) M. S., lat 20, służąca, przyjęta d. 27. Lipca 1893. *Polyadenitis specif. levis; condylomata lata ad tonsillas et ad genitalia.*

Dotąd zrobiono pięć injekcyi *ol. ciner. mit.* po 0·10 *ad nates.*

Kłykciny sączące okazywały już po 3 injekcyi znaczną poprawę. Chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

25) A. S., lat 23, prostytutka, przyjęta 24. Sierpnia 1893. Gruczoły wcale nie zajęte. *Condylomata lata ad labia oris, linguam et ad genitalia.* Dotąd zrobiono trzy injekcye *ol. ciner. mit. ad nates.* Obecnie okazują zmiany chorobowe znaczną poprawę.

26) K. S., lat 17, służąca, przyjęta 11. Sierpnia 1893. *Polyadenitis universalis levis. Syphilis cutanea maculosa, condylomata lata, parva ad genitalia.*

Pięć injekcyj *ol. cinerei mit. ad nates* po 0·17.

Po 4ej injekcyi plamy ustąpiły, chora pozostała jednak jeszcze w leczeniu.

27) F. M., lat 15, przy rodzicach, leczona od 12. Sierpnia do 10. Września 1893. *Adenitis nuchalis dextra, inguin. ambilateralis. Condylomata lata insignia ad tonsillas et confluentia ad genitalia.*

Pięć injekcyj *ol. ciner. mit. ad nates* wystarczyły do usunięcia zmian; znakomitą poprawę zaś dostrzeżono po 3 injekcyach.

Uwaga. Po injekcyach tworzą się nieznaczne nacieki, powoli się resorbujące.

28) K. S., lat 20, żona wyrobnika, przyjęta 16. Sierpnia 1893. *Adenitis inguinalis specifica, condylomata lata ad genitalia.*

Dotąd zrobiono 4 injekcye *ol. ciner. mit. ad nates* po 0·10, zmiany ustępują, chora pozostaje w leczeniu.

29) M. R., lat 29, żona fornala, przyjęta 21. Sierpnia 1893. *Sclerosis initialis jam cicatrisata ad mammam dextram. Adenitis nuchalis et inguinalis minoris gradus, majoris gradus axillaris dextra. Leucoderma syphil. colli et nuchae; condylomata lata inter digitos pedum exulcerantia et ad genitalia.*

Dotąd zrobiono 3 injekcye *ol. ciner. mit. ad nates* po 0·10, zmiany ustępują; chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

II. Kiła powrotna poprzednio już rtęcią leczona.

Mężczyźni.

1) J. B. lat 22, wyrobnik, leczony od 13. Lutego do 28. Lutego. Leczony z powodu kiły od 26. Sierpnia do 17. Września 1891, wziął 4 wstrzykiwania miąższowe *hydrarg. oxydato flavo* po 0·04.

Obecna recydywa po 3 miesiącach.

Condylomata lata ad tonsillas, ad scrotum et ad anum. Laryngitis erythematosa, Polyadenitis inguinalis ambilateralis.

Zrobiono 3 injekcye *ol. ciner. mit.* po 0·10 w *spatium interscapulare.* — Kłykciny ustąpiły bez leczenia miejscowego po 3 injekcyach.

Uwaga. Między łopatkami tworzyły się nieznaczne nacieki.

2) J. G., lat 29, cieśla, leczony od 21. Lutego do 21. Marca 1893. Przed dwoma laty wziął 35 wcierań 3 gramowych, po 3 miesiącach z powodu ponownej recydywy zastósowano 15 wcierań 3 gramow.; odtąd bywały częste recydywy na błonach śluzowych. Obecnie: *condylomata lata ad tonsillas, labia oris et ad anum. Adenitis universalis.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mite* po 0·10 w plecy. Kłykciny ustąpiły po 4 injekcyach.

Uwaga: Między łopatkami tworzyły się spore nacieki. Dotąd nie zgłosił się chory z recydywą.

3) J.F., lat 23, wyrobnik przyjęty dnia 3. Lipca 1893., W Maju b. r. wziął 27 injekcyj sublimatowych po 0·01, w $1^1/_2$ miesiąca potem wystąpiła obecna recydywa.

Adenitis inguinalis ambilateralis, condyl. lata insignia ad labia oris, tonsillas et ad anum.

Zrobiono cztery injekcye *ol. cin. mit.* po 0·10.

Uwaga: Chory był niedokrewny, w ciągu leczenia pojawił się w moczu ślad wyraźny białka (po 4 injekcyach), z powodu czego rtęć usunięto. Obecnie odżywienie chorego poprawia się, białko jednak w moczu utrzymuje się, również i kłykciny w jamie ustnej (chory, mimo wzbronienia pali tytoń).

4) A. H., lat 20, bednarz, leczony od 9. Sierpnia do 20. Września 1893. Przed rokiem użył z powodu kiły 40 injekcyj sublimatu po 0·01. Obecna recydywa po 6 miesiącach.

Periadenitis inguinalis dextr. suppurans, sinistra levis; condyl. lata insignia ad tonsillas, scrotum et circa anum.

Do usunięcia zmian potrzeba było ośm injekcyj *ol. cin. mit.* po 0·10 *ad nates.*

Kobiety.

5) M. D., lat 18, prostytutka, przyjęta 20. Sierpnia 1893. Przed 4 miesiącami wzięła z powodu kiły 10 pomazywań szaruchy po 6·00 na sposób przez Welandera polecony.

Obecnie: *Adenitis inguinalis ambilateralis gravis, condyl. lata ad tonsillas et ad genitalia. Syphilis recidiva maculosa trunci.*

Dotąd zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10 *ad nates.* Po injekcyach powstawały lekkie nacieki. Plamy ustąpiły, kłykciny sączące jeszcze się utrzymują. Chora pozostaje dotąd w leczeniu.

6) H. S., żona kelnera, lat 23, przyjęta 21. Sierpnia 1893. Przed 4 miesiącami wzięła 22 injekcyj subl. po 0·01.

Obecnie: *Adenitis nuchalis et inguinalis levis. Syphilis recidiva trunci maculosa, condyl. lata ad tonsillas, genitalia et inter digitos pedum.*

Dotąd cztery injekcye *ol. ciner. mit.* po 0·10 *ad nates.* Zmiany ustępują szybko.

7) U. H., lat 24, służąca, leczona od 15. Lutego do 27. Marca 1893. Przed rokiem brała injekcye sublimatowe, których liczby nie może oznaczyć. W ciągu roku były częste recydywy w jamie ustnej.

Obecnie: *Syphilis recidiva sub forma condylom. lat. ad tonsillas, gingivas, labia oris, genitalia et ad anum. Adenitis universalis.*

Zrobiono sześć injekcyj *ol. ciner. mit.* w okolicę międzyłopatkową. Kłykciny ustąpiły po 4 injekcyach bez leczenia miejscowego.

Uwaga: Między łopatkami tworzyły się spore nacieki. W ciągu leczenia wystąpiła *stomatitis mercurialis.*

8) K. Z., lat 18, wyrobnica, leczona od 15. Lutego do 10. Kwietnia 1893. Przed rokiem wzięła 15 injekc. sublim. po 0·01. Obecnie pierwsza recydywa.

Adenitis inguinalis, ambilateralis gravis. Condylom. lata ad gingivas, palatum molle, uvulam et ad genitalia.

Zrobiono sześć injekcyj *ol. cin. mit.* po 0·10 w okolicę międzyłopatkową. Zmiany ustąpiły po pięciu wstrzyknięciach.

Uwaga: Po czwartej injekcyi w *spatium interscapulare* wytworzył się naciek, który po tygodniu trwania okazywał w środku wybitne chełbotanie w przestrzeni talara, a po 3 tygodniach uległ wessaniu. Do przebicia nie przyszło.

Wreszcie przytaczam jeden przypadek kiły późnej.

9) F. T., lat 34, żona handlarza. Wywiady ujemne, choroba trwa od 2 lat.

Obecne rozpoznanie: *Syphilis ulcerosa palati mollis, uvulae et arcus palato-pharyngei sinistri.*

Wzięła pięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05. Po trzech injekcyach oczyściły się owrzodzenia a po 5 wstrzyknieniach nastąpiło zupełne wygojenie.

Uwaga: Między łopatkami tworzyły się nieznaczne nacieki.

(Dokończenie nastąpi).

III. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Z dwiema rycinami).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Hochenegg[1]) wykonał częściowe wykluczenie jelita na chorym kliniki Alberta z objawami zapalenia okątniczego (*perityphlitis*), u którego podejrzywał raka.

Przypadek był następujący: 35-letni ślusarz cierpiał od roku na objawy przewlekłej niedrożności jelita i obrzęk mało ruchomy w okolicy kiszki ślepej wielkości jaja kurzego, który rozpoznawano jako raka. Przy laparotomii znaleziono obrzęk w jelicie ślepem zrosły z tylną ścianą brzucha i z naczyniami miednicy. Hochenegg wykonał resekcyę jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej i ileokolostomię typową. Następnie wszył obie, od obrzęku prowadzące części jelit w powłoki brzuszne: jelito biodrowe (*ileum*) więcej ku wewnątrz, okrężnicę (*colon*) więcej ku zewnątrz. W 3 dni po operacyi, odeszły wiatry i nastąpiło pierwsze wypróżnienie; obie przetoki wydzielały tylko w pierwszych dniach nieco kału, następnie tylko śluz. W miesiąc po operacyi obrzęk w jelicie ślepem zmalał do połowy, i stał się ruchomym; był to zatem tylko obrzęk zapalny, a nie rakowy, jak pierwotnie przypuszczano. Wykluczoną część jelita przepłukiwano przez obie przetoki, wydzielina zmniejszyła się do kilku kropel śluzu i przetoki nie sprawiały choremu wiele dolegliwości.

Także Rudolf Frank[2]) miał sposobność w kilka miesięcy później wykonać podobną operacyę w przypadku przewlekłego zapalenia naokoło jelita biodrowego i ślepego z objawami kilkokrotnego zwężenia jelita. Po mozolnem preparowaniu musiał się **Frank** zdecydować wykluczyć częściowo metr jelita. Przypadek Franka był pokrótce następujący:

Kobieta 25-letnia zauważyła po 4-tym porodzie obrzęk w brzuchu ruchomy po stronie prawej. Rozpoznanie zrazu brzmiało: nerka wędrująca, później: obrzęk w kiszce ślepej. Laparotomia 2. Września 1891 roku (Dr. Hochenegg). Podczas niej znaleziono wielki, twardy, nieruchomy obrzęk w kiszce ślepej, który wzięto za nowotwór złośliwy. Obrzęk pozostawiono i zeszyto powłoki. Chora wyzdrowiała. Po upływie pół roku przekonał się Frank o zmniejszeniu się znacznem obrzęku, rozpoznał sprawę gruźliczą jelita ślepego i przystąpił do ponownej laparotomii. Próbował zrazu obrzęk wyłuszczyć, ale gdy w odległości 70 cm. od jelita ślepego znalazł zwężenie w jelicie biodrowem, przystąpił do wykluczenia chorej pętli. Jelito biodrowe zeszył okrężnie z okrężnicą wstępującą, oba zaś końce wykluczonej pętli wszył w powłoki brzuszne.

Wykluczoną pętlę przestrzykano raz tylko przez otwór w jelicie biodrowem. Z przetok kałowych wydobyła się tylko skąpa ilość wydzieliny, przeważnie śluzu. Zabieg zniosła chora dobrze a wymioty, napady bólu i trudności z oddawaniem kału ustąpiły trwale.

Tak Hochenegg jak i Frank odstąpili od przepisu podanego przez Salzera: ażeby wszywać obwodowy koniec wykluczonego jelita, gdyż — jak się z podanych wyżej historyj chorób okazuje — obaj wszyli oba końce tak obwodowy jak i dośrodkowy w powłoki brzuszne; wynik w obu przypadkach był dobry. Salzer uważa wszywanie obu końców wykluczonej pętli w powłoki brzuszne za zbyteczne, poleca tylko wszywać koniec obwodowy celem leczenia miejscowego. Tylko wobec rozkładu gnilnego w jelicie byłoby według niego wskazanem wszywać oba końce w powłoki brzuszne celem dokładnej desinfekcyi pętli wykluczonej.

Wreszcie Eiselsberg[1]) dokonał wykluczenia jelita na chorej kliniki Billrotha dotkniętej uporczywą przetoką kiszki ślepej. Eiselsberg odstąpił od techniki poprzedników swoich o tyle, że zaszył ślepo oba końce wykluczonej pętli, ponieważ przetoka kałowa miała szeroką komunikacyę z powłokami brzusznemi.

Przypadek Eiselsberga był następujący:

15-letnia dziewczyna. Przed 3 laty wystąpiły nagle bóle w podbrzuszu po stronie prawej. Od tego czasu powtarzały się te bóle ustawicznie, nadto wystąpiły trudności przy oddawaniu stolca.

Od dłuższego czasu zauważyła chora nadto obrzęk w podbrzuszu po stronie prawej. Przed miesiącem pojawiła się przetoka kałowa w okolicy jelita ślepego. W chwili przyjęcia chorej stwierdzono znaczne wychudnienie, obrzęk twardy, nieruchomy okolicy jelita ślepego i 4 przetoki kałowe prowadzące w okolicę kiszki ślepej, wydzielające obfitą ilość kału, osobliwie przy zginaniu stawu biodrowego. Zauważono szybki upadek sił, dlatego wykonał E. spiesznie laparotomię. Jamę brzuszną otworzył cięciem łukowatem powłok powyżej miejsca przetok kałowych. Napotkano zrosty w znacznej przestrzeni pomiędzy jelitami a ścianami brzucha. Przetoki prowadziły do jelita biodrowego i ślepego. Resekcya jelita okazała się z powodu zrostów niemożliwą. Dlatego resekował jelito biodrowe powyżej wejścia w utkanie bliznowate, podobnie postąpił sobie z okrężnicą wstępującą poniżej wyjścia z utkania bliznowatego a wreszcie połączył przez enterorafię typową jelito biodrowe z okrężnicą wstępującą i zaszył ślepo końce jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej, należące do obrzęku. Ponieważ światło okrężnicy wstępującej było znacznie większem od światła jelita biodrowego, zwęził światło w okrężnicy podobnie, jak w resekcyi żołądka. Szew warstwowy rany laparotomijnej. Wystąpił chwilowy zapad, później przebieg prawidłowy i szybkie wyzdrowienie. Stolec drugiego dnia po operacyi. Opatrunek zmieniano codziennie z powodu przetok kałowych; tylko pierwszego dnia pojawił się kał w opatrunku, następnie tylko śluz a od 12. dnia po operacyi przetoki kałowe prawie nic nie wydzielały. W 8 tygodni po operacyi wypukliła się rana laparotomijna i powstała przemijająco mała przetoka kałowa w ranie laparotomijnej. Po zachowaniu dyety ścisłej przetoki zabliźniły się rychło.

Chorej przybyło 26 kilogramów wagi ciała od dnia operacyi.

Jak okazuje się z przytoczonej literatury, wykonano dotychczas na ludziach 3 razy operacyę częściowego wykluczenia jelita; są to powyżej przytoczone przypadki Hochenegga, Franka i Eiselsberga; nie odważono się zaś dotąd na zapuszczenie do jamy brzusznej wykluczonej pętli t. j. na całkowite wykluczenie.

Ponieważ przed 6 miesiącami wykonałem po raz pierwszy na osobie żyjącej operacyę całkowitego wykluczenia jelita ślepego i to ze

[1]) J. Hochenegg. Ein Beitrag zur Coecalchirurgie und zur Ileocolostomie. Wiener klinische Wochenschrift 1892, Nr. 53.

[2]) R. Frank. Einige Darmoperationen mit Bemerkungen über die Darmnaht. Wiener klinische Wochenschrift 1892. Nr. 27.

[1]) Freiherr v. Eiselsberg: Zur Casuistik der Darmausschaltung. Wiener klinische Wochenschrift 1893. Nr. 8.

skutkiem pomyślnym, niech mi wolno będzie opisać tu przypadek ten szczegółowo, tem bardziej, że w niem zarazem użyłem z korzyścią do ileokolostomii szwu płytkowego z brukwi niedawno przez siebie poleconego [1]).

Klemens Zendwalewicz, lat 19, krawiec z Winnik. W 8. roku życia przebył zapalenie płuc. W Lipcu 1892. dostał bez znanej przyczyny napadu bólu po prawej stronie brzucha i wymiotów. Ból ten utrzymywał się przez kilka dni, wymioty powtarzały się po kilka razy dziennie, przytem stolec był zaparty. Później czuł się zdrowym przez 2 miesiące, aż we Wrześniu wystąpił ponowny napad podobny, jak w Lipcu. Dnia 20. Grudnia wystąpił w nocy znów atak, jednak znacznie gwałtowniejszy; wymioty powtarzały się po kilka razy dziennie; wymiociny miały być do żółci podobne. Wymioty i napady bólu powtarzały się codziennie i trwały przez dwa tygodnie; stolec przez ten czas był zaparty; wywołano go podaniem leków przeczyszczających i lewatyw. W Kwietniu 1893. bardzo uporczywa biegunka trwająca cztery dni. W ostatnich czasach napady bólów i wymiotów coraz częstsze. Wymioty występują zazwyczaj po 2—3 razy tygodniowo w parę godzin po spożyciu pokarmów i powtarzają się po kilka razy dziennie. Chory spostrzegł, że podczas napadów bólu i wymiotów wiatry nie odchodzą, bóle zmniejszają się po odejściu wiatrów. Krwi w stolcu nigdy chory nie widział; natomiast poczuł częste przelewanie się w brzuchu, osobliwie po stronie prawej. Od Grudnia 1892. dostrzegł twardy obrzęk po prawej stronie brzucha.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Ipsen: Pośmiertna utrata ciężaru ludzkich płodów.

Cechami, po których aż do tej chwili oznaczano wiek płodu zmarłego, względnie noworodka, były długość i ciężar ciała. Gdy jednak długość ciała jest pewnym i nie zawodzącym znamieniem wieku płodu, to ciężar ciała waha się u płodów tego samego wieku w dość znacznych granicach a to dlatego, ponieważ zwłoki noworodków poprzód spoczywających w łonie matki wśród wód płodowych, utracają wodę po urodzeniu się przez parowanie a tem samem stają się lżejsze.

Autor badał doświadczalnie średnią dzienną utratę wagi płodów po ich śmierci i doszedł do obliczenia średniej dziennej utraty wagi dla płodów prawie lub zupełnie dojrzałych na 20·7 gramów, dla płodów 6. miesiąca ciąży na 48 grm., dla płodów siedmiomiesięcznych na 34·7 grm., dla ośmiomiesięcznych na 21·0 grm. Dzienna utrata ciężaru płodów zmacerowanych jest bardzo różna; średnia wynosi 53 grm.

Porównywając średnią dzienną utratę ciężaru płodów z ich wiekiem, dochodzi autor do wniosku, iż utrata ta pozostaje w odwrotnym stosunku do wieku płodów; to znaczy, większa średnia dzienna utrata wagi odpowiada płodom młodszym.

Noworodki żyjące utracają dziennie więcej ze swego ciężaru ciała, niż płody nieżywe a to dlatego, ponieważ pierwsze oddają mocz, smołkę, parę wodną za wydechem a nadto schną prędzej, gdyż skóra ich przez kąpiele pozbawioną jest mazidła skórnego, które u płodów nieżywych pozostając utrudnia parowanie z powłok zewnętrznych.

Na podstawie dokładnej znajomości dziennej utraty z ciężaru płodów, oznacza autor wiek zwłok, t. j. czas, jaki od chwili śmierci płodu upłynął a to w tych przypadkach, w których zwłoki noworodka zostają znalezione a chodzi o oznaczenie czasu, który od śmierci upłynął.

Sposób oznaczenia tego czasu jest następujący:

Z długości znalezionych zwłok i reszty cech rozwoju oblicza się ogólny wiek płodu t. j. okres jego rozwoju (czy płód donoszony dziewięcio czy ośmio miesięczny i t. d.). Każdemu wiekowi płodu odpowiada znany ciężar ciała. Jeśli od ciężaru tego odejmie się ciężar znalezionych zwłok, otrzyma się liczbę odpowiadającą ubiegłemu po urodzeniu się czasowi. Jeśli tę liczbę podzieli się przez podaną przez autora średnią dzienną utratę na ciężarze ciała u odpowiednich wiekowi płodów, otrzyma się liczbę dni t. j. w ogóle czas, jaki upłynął u znalezionego płodu od chwili śmierci do chwili zważenia go po znalezieniu. Sposób ten objaśnia autor przykładami. (*Vierteljschr. f. ger. Medicin. 1894. III. S. VII. T. 2. Z.*). *Dr. Wachholz.*

Patologia.

Thomas: O wywołaniu cholery drogą krwi obiegu i wpływie usposabiającym alkoholu.

Autorowi udało się wykazać, że króliki po wstrzyknieniu im do krwi hodowli cholery w odpowiedniej ilości giną wśród charakterystycznych objawów cholery. Prątek przecinkowy z krwi przechodzi w tych przypadkach do żółci a ztąd do jelit. Podawanie wyskoku zwiększa 6 kroć predyspozycyę do zakażenia cholerą, nietylko przez upośledzenie przemiany materyi i czynności komórek i przez rozszerzenie naczyń krwionośnych, lecz także i to szczególnie przez obniżenie własności bakteryobójczych surowicy krwi. Kwestyi, czy zakażenie cholerą może także nastąpić za pośrednictwem powietrza z dostaniem się później prątków z płuc do układu krwionośnego, T. nie rozstrzyga. (*Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmak. Tom 32. str. 38—47*). *Dr. Beck.*

Ginekologia.

Brohl: Przepuklina macicy i wrzekome obojnactwo żeńskie.

(Hernia uteri et pseudohermaphroditismus femininus).

Autor opisuje następujący przypadek: Chora 36-letnia posiadająca głos męski, krtań wystającą, słaby porost włosów na brodzie, podaje, że przed kilku laty przy podnoszeniu ciężkiego przedmiotu, ciało jakieś wyszło jej w pachwinę lewą; od tego czasu stać ani chodzić swobodnie nie może. Badanie wykazało w miejscu łechtaczki ciało podobne do prącia męzkiego, jednak bez przewodu, długości 6·5 cm., podczas wzwodu zaś długość wynosiła 11 cm. Pod nim znajduje się ujście cewki moczowej, poniżej zaś wejście do pochwy zamknięte przez nienaruszoną błonę dziewiczą. Warga większa lewa wypukłona na zewnątrz tworzy duży guz w którym daje się dokładnie wybadać macica wraz z jajnikiem a od której przez przewód pachwinowy przebiega twardy postronek do jamy brzusznej. Ponieważ macica nie dała odprowadzić się do jamy brzusznej, otworzył autor worek przepuklinowy, rozciął kanał pachwinowy aż do więzu Pouparta i w tej wysokości odciął worek przepuklinowy wraz z trzonem macicy, wydłużoną zaś szyjkę macicy z otrzewną przyszył do więzu Pouparta zamykając w ten sposób przewód pachwinowy. (*Deutsche medicinische Wochenschrift. 1894. Nr. 15*). *Dr. Kośmiński.*

Herczel: O leczeniu operacyjnem wielkich ubytków przegrody pęcherzowo-pochwowej.

Znaczne ubytki w przegrodzie pęcherzowo-pochwowej nie dadzą się usunąć przez odświeżenie i zeszycie brzegów. Dawniej zatem operowano takie przetoki w kilku posiedzeniach. Z tego powodu poleca Trendelenburg ubytki takie usunąć za pomocą operacyi plastycznej, tworząc płat ze szypułą z tylnej ściany pochwy.

Bardenheuer zaś za pomocą cięcia poprowadzonego powyżej spojenia łonowego, oddzielił naprzód pęcherz moczowy

---

[1]) Roman Barącz. Płytki z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym sposobem Senna. *Przegląd lekarski* 1892. Nr. 23. *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszaw.* Rok 1893. Tom 89. *Centralblatt für Chirurgie* 1892. Nr. 23 i *Archiv Langenbecka.* Tom 44. zeszyt 3.

od macicy i w ten sposób zespoił brzegi przetoki. Autor opisuje przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej mającej 5 cm. wysokości a $5^1/_2$ cm. szerokości, który usunął postępując w ten sposób: W środku przedniej ściany pochwy poprowadził po obu bokach przetoki cięcia poprzeczne na 2 do 3 cm. długie, potem oddzielił około $^1/_3$ część pęcherza moczowego od przedniej ściany pochwy i zeszył po należytem okrwawieniu najpierw brzegi ścian pęcherza w kształcie litery **Y** a następnie poprowadziwszy na bocznych ścianach pochwy z każdej strony po jednem cięciu zwalniającem podłużnem, około 3 cm. długiem, zeszył w kształcie litery **H** ścianę pochwy. Wyleczenie zupełne przez rychłozrost.

Oddzielenie takie pęcherza przy operacyi przetok moczowych bardzo wysoko tkwiących, już oddawna poleca Wölfler; jak zaś obecnie doświadczenie pokazuje, sposób ten znakomicie ułatwia usunięcie znacznej wielkości ubytków w przegrodzie pęcherzowo-pochwowej. (*Wiener klinische Wochenschrift. 1894. Nr. 15*). *Dr. Kośmiński.*

Boryssowicz: **O rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy za pomocą podwiązania.** (*Dilatatio ostii externi uteri ope ligaturae*).

Po opisaniu różnych sposobów, do rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy używanych, podaje autor swój sposób postępowania, który ma być łatwy do wykonania, nie wymaga długiego czasu a przedewszystkiem ma tę zaletę, że nigdy nie zawodzi. Jedynem wskazaniem do tej operacyi jest zwężenie samego ujścia zewnętrznego macicy wobec prawidłowej lub mniejszej części pochwowej. Opis operacyi: po ściągnięciu kulociągiem części pochwowej we wzierniku Simona wprowadza się kateter maciczny (Boryssowicza) mający w środku podłużne okienko do szyjki macicy w ten sposób, że otwory okienka zwrócone są na boki. Następnie igłę mocną (autor radzi igły Hagedorna) opatrzoną w nitkę podwójną, wkłuwa się w lewą stronę części pochwowej macicy na $1^1/_2$ do 2 cm. powyżej ujścia zewnętrznego tak, żeby igła w szyjce macicy przeszła przez okienko wprowadzonego kateteru i wykłuwa się ją po prawej stronie części pochwowej w odpowiedniej wysokości. Teraz równa się końce nitki ze sobą i wyciągając kateter, wyprowadza się wraz z niemi tę podwójną nitkę przeciągniętą przez szyjkę, dopóki nitka wyprowadzona ze szyjki nie zrówna się z końcami nitki leżącymi po bokach. Po przecięciu nitki tuż obok kateteru, mamy cztery nitki po dwie z każdej strony przeciągnięte przez całą grubość bocznej ściany części pochwowej. Otóż z każdej strony jedną nitką zaciągamy węzłem chirurgicznym silnie tkankę nitką tą objętą, skutkiem czego tkanka ta nie może się odżywiać, końce zaś tych nitek ucinamy krótko. Drugie dwie nitki wiąże się na węzeł dopiero 3-go do 5-go dnia w ten sam sposób. Następowe leczenie ogranicza się do przestrzykiwania pochwy; chora przez kilka dni pozostaje w łóżku. W 12 do 16-tu dni po operacyi nitki same się oddzielają. Ujście zewnętrzne przybiera po tym zabiegu kształt poprzecznej szparki (podobnej do formy biszkopta). (*Centralblatt für Gynäkologie. 1894. Nr. 3*). *Dr. Kośmiński.*

Zapiski terapeutyczne.

A. Philippson. Niektóre sposoby ułatwienia kateteryzowania w znacznych zwężeniach cewki. Jakkolwiek zazwyczaj trudności kateteryzowania wzrastają ze stopniem zwężenia cewki a znaczne zwężenia nie są bardzo pospolite, to jednakowoż i w zwężeniach, choć nie nitkowatych, jest dosyć trudności tak, iż przydadzą się skazówki, jak je pokonać.

W tej mierze proponuje autor na podstawie własnego doświadczenia, żeby zamiast prostych cewników sprężystych czyli elastycznych używać cewników sprężystych z zakrzywieniem Mercierowskiem (wyrabianych zwykle z zakrzywieniem pod kątem koło 160°, lubo Mercier podał kąt 110°), jakich się używa w razie przerostu gruczołu krokowego; przekonał się bowiem, iż katetery Marcierowskie nrów 10. lub 12. są w tym celu bardzo przydatne.

Najczęściej zwężenia cewki znajdują się mimośrodkowo i na dolnej ścianie, otwór przeto w cewce znajduje się przy górnej jej ścianie; najlepiej więc można cewnikiem przejść przez zwężenie, jeżeli dziób cewnika zwróci się ku górze. Ale nawet, gdyby zwężenie było w innem miejscu a nie na dole cewki, najprzydatniejszym jest cewnik Mercierowski, jeżeli go się ostrożnie obraca i w ten sposób wyszukuje otwór w cewce.

Thompson radzi, jak wiadomo, zamiast pomazania cewnika, wstrzyknąć do cewki 10 do 30 gramów oliwy i zatrzymać ją tam przez zaciśnienie ujścia zewnętrznego. To ułatwia bardzo przejście cewnikiem przez zwężenie. Autor idzie jeszcze dalej i poleca wstrzykiwać oliwę do cewki tuż przed zwężenie. W tym celu koniec rękojeści cewnika zaopatruje w rurkę gumianą mającą 9 cm. długości i przez nią wstrzykuje do cewnika zapomocą szklanej strzykawki, jakiej używa się do leczenia wiewióra, jednak wbrew przepisowi z wyciągniętym końcem, tyle oliwy, by wystąpiła z oka cewnika. Teraz dopiero wprowadza się cewnik, dobrze oliwą pomazany, do cewki a doszedłszy do zwężenia wstrzykuje znów do cewnika oliwę, która w ten sposób dostaje się przed samo zwężenie i znakomicie ułatwia przejście dalej. Przy całej tej manipulacyi pomaga pacyent.

Jeżeli teraz po przejściu przez zwężenie nie można dostać się cewnikiem dalej z przyczyny albo drugiego zwężenia albo siatkowatego rozszerzenia cewki poza zwężeniem a i powierzchnia cewnika przez otarcie straciła oliwę, wtedy znakomicie ułatwia całą procedurę ponowne wstrzyknienie do cewnika oliwy, która albo dostaje się teraz przed otwór drugiego zwężenia albo wygładzając nierówności cewki poza zwężeniem ułatwia pusunięcie się dalej z cewnikiem.

Doświadczenia autora odnoszą się do zwężeń cewki ponad nr 6. skali Charrièrowskiej (*Dermatologische Zeitschrift Tom I. Zeszyt 2. 1894*).

F. Ramm. Leczenie przerostu gruczołu krokowego (*prostata*) przez trzebienie. Autor dokonał w dwóch przypadkach przerostu gruczołu krokowego obustronnego wytrzebienia. W pierwszym, operowanym w Kwietniu r. 1893. gruczoł krokowy, który doszedł do wielkości średniej brzoskiwini, zmalał do końca Grudnia r. 1893. tak, iż przedstawiał tylko masę płaską, pacyent oddaje za dnia mocz według własnego swego wyrażenia się, „jak za dobrych czasów“ a w nocy co 3 godziny. W drugim przypadku tyczącym się chorego liczącego $67^1/_2$ lat, trudności w oddawaniu moczu pojawiły się jeszcze w r. 1873; pacyent używał od czasu do czasu kateteru Nelatonowskiego a w roku 1892. zrobiono mu punkcyę pęcherza moczowego ponad spojeniem kości łonowych. Od tego czasu wystąpiły przypady zapalenia pęcherza moczowego. Podczas przyjęcia do szpitala w dniu 17. Kwietnia 1893. sięgał pęcherz aż do pępka, gruczoł krokowy bardzo znacznie powiększony sterczał do odbytnicy a mocz wydobyty kateterem Mercierowskim cuchnął mocno i zawierał krew i ropę. Trzebienia dokonano 25. Kwietnia 1893. Już 6. Maja można było przekonać się o zmniejszeniu się wyraźnem gruczołu krokowego a około 1. Czerwca oddał chory mocz promieniem na długość 50 cm. od siebie. Objawy zapalenia pęcherza moczowego złagodniały. Odtąd malał dalej gruczoł krokowy, w Styczniu r. b. przedstawiał masę płaskawą z rynienką w środku, odpowiadającą cewce a zapalenie pęcherza ustąpiło zupełnie.

Z tych, jak i cudzych spostrzeżeń wnosi autor, że gruczoł krokowy należy do części płciowych, w razie zboczeń utworowych lub kastracyi przed pokwitaniem zatrzymuje wielkość jak u dziecka; po wytrzebieniu w wieku dojrzałym zanika przerosły gruczoł krokowy i z tych wszystkich przyczyn wytrzebienia można użyć w celu leczniczym do zmniejszenia przerosłego gruczołu, o którym mowa, i usunienia w ten sposób dolegliwości w oddawaniu moczu. (*Centralblatt für Chirurgie. 28. Kwietnia 1894*).

Wyleczenie niemoty histerycznej przez zaeteryzowanie. U młodej histeryczki dotkniętej od roku niemotą, w której ani elektroterapia ani sugestya tak we śnie jak i na jawie nie przyniosły pożądanego skutku, spróbowali F. Fazio, docent prywatny w uniwersytecie neapolitańskim i Dr. C. Gioffredi wdychań eteru a to na zasadzie spostrzeżenia, iż pacyentka podczas snu naturalnego mruczy słowa pod nosem. W chwili podniecenia zaraz na samym początku eteryzowania zaczęła pacyentka mówić a następnie krzyczeć i od tego czasu odzyskała trwale i stanowczo mowę. (*La semaine médicale 25. Kwietnia 1894*).

— Ponieważ sole rtęciowe, rozpuszczające się w wodzie, z powodu swego powinowactwa do białka wywierają miejscowo działanie żrące a przez to nie łatwo nadają się do wstrzykiwań podskórnych, starano się o połączenia rtęci nie mające takiego działania i wytworzono w tym celu połączenie z białkiem, które wszakże nie okazały się praktycznemi, tudzież z ciałami z gromady amidów. W ostatnich czasach wpadł Dreser na myśl połączenia rtęci z podsiarczynem potasowym w sól podwójną, składu 3 Hg $(S_2O_3) + 5 K_2S_2O_3$, podsiarczyn potasowo-rtęciowy, *hydrargyrum-kalium hyposulfurosum*, który zawiera 31·81% rtęci a otrzymuje się przez rozpuszczenie żółtego tlenku rtęci w rozczynie podsiarczynu potasowego. Według doświadczeń Dresera podsiarczyn rtęciowo-potasowy odpowiada wymaganiom terapeutycznym, bo 1) białka z rozczynów nie wydziela (nie strąca) 2) miejscowo nie działa i 3) jako połączenie o stałym składzie chemicznym pozwala na ścisłe oznaczenie dawki, przyczem pamiętać należy, że 2·32 części połączenia, o którem mowa, odpowiada 1 części sublimatu.

Według doświadczeń Camerera w Urachu wstrzyknienia podskórne podsiarczynu rtęciowo-potasowego nie są boleśniejsze od wstrzykiwań morfinowych i miejscowo całkiem nie drażnią.

— Na podstawie własnego doświadczenia zaleca Königsdorfer jako rychło a niekiedy, jakby cudownie działający środek w otruciu grzybami podskórne wstrzykiwanie strychniny (zapewne azotanu, *strychninum nitricum*. Przyp. sprawozdawcy) po miligramie. Ogólna dawka wynosiła nieraz do 12 miligramów. (*Les Nouveaux Remèdes. 24. Kwietnia 1894*).

— Ażeby strupy po użyciu w jamie ustnej kamienia piekielnego lub chlorku cynku utrzymać jak najdłużej, radzi Köbner ograniczyć ile możności wydzielanie się śliny i w tym celu przepisuje:

52) Rp. *Exti belladonnae* 0·30
Aquae amygdal. 5·00
Aquae destil. 10·00
MDin vitro guttatorio.

S. Po dwa do trzech razy dziennie zażywać po 15 do 20 kropel.

Krople te zażywa chory na 30 do 40 minut przed przypaleniem i w 2 do 3 godzin po niem; w razie potrzeby jeszcze i później. (*Dermatol. Zeitschrift. Tom I. Z. 2*).

— Przeciwko tworzeniu się czyraków (*furunculosis*) zaleca Shoemaker:

53) Rp. *Kali chlorici*
Ferri lactici
aa 1·20
Ttrae colombo 50·00
Syrupi simplicis 100·00

MDS. Trzy razy dziennie zażywać po łyżce stołowej.

— Do zażywania pepsyny z kwasem solnym nadaje się przepis:

54) Rp. *Pepsini* 5·00
Acidi muriatici 1·00
Ttrae aurantiorum amar. 5·00
Syrupi simplicis 20·00
Aquae destil. 169·00

Farm. mag. Berolin. 1894.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

III. Posiedzenie z dnia 16. Marca 1893 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 34.

1) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z Tow. lek. wied. nadeszło podziękowanie za telegram kondolencyjny wysłany przez Sekcyę lwowską z powodu śmierci prof. Billrotha.

2) Kol. Chądzyński zdaje sprawę ze składek na rzecz przeniesienia zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego.

3) Kol. Ziembicki przedstawia chorego z nowotworem w okolicy nasady nosa i na czole. Gruczoły chłonne obrzękłe. Rozpoznanie niepewne. Kol. Z. przedstawi rzecz później po zbadaniu drobnowidowem kawałka wyciętego z guza i zbadaniu krwi.

4) Kol. Krobicki przedstawia: *a*) chorą z owrzodzeniem na podniebieniu miękkiem; *b*) kamień znacznej wielkości, który się samoistnie wydzielił ze ślinianki podszczękowej.

5) Kol. Krokiewicz przedstawia preparaty anatomo-patologiczne:

a) Owrzodzenie gruźlicze znacznych rozmiarów w kiszce ślepej. Na dnie wrzodu wybujałości łącznotkankowe polipowate (*enteritis polyposa* Leberta);

b) nekrotyzujące zapalenie błony śluzowej gardziela, najprawdopodobniej wywołane forsownem wprowadzaniem zgłębników żołądkowych;

c) przypadek raka części pochwowej macicy z przerzutami w całej jamie Douglasa i w pęcherzu moczowym;

d) *endocarditis mitralis ulcerosa atheromatosa;*

e) przypadek licznych kilaków mięśnia sercowego (*myocarditis gummosa s. syphilomata cordis*). Z objawów za życia spostrzeganych zwraca uwagę na znaczną sinicę, duszność, tętno bardzo zwolnione (40), nieumiarowe, objawy zastoju żylnego we wszystkich narządach. Serce znacznie powiększone (*cor bovinum*), stożek tętnicy płucnej i mięsień sercowy zajęty przez liczne kilaki wielkości orzecha laskowego do wielkości orzecha włoskiego. Na wątrobie kilka blizn promienistych. W innych narządach nie ma zmian kilowych. Nadto przedstawia kol. K. preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

6) Kol. Merunowicz miał wykład o epidemii duru brzusznego we Lwowie w Marcu 1893 roku. Sporadyczne przypadki duru brzusznego wciąż się u nas wydarzają tak, że dur brzuszny we Lwowie prawie nigdy zupełnie nie wygasa. Od czasu do czasu przypadki te mnożąc się przybierają charakter epidemii. W epidemiach z kilku lat ostatnich zrobiono spostrzeżenie, że najwięcej przypadków zachorowania wydarzało się w dzielnicy Łyczakowskiej albo, że ta dzielnica była wprost ogniskiem zarazy. Przyczyną tych stosunków jest niedostateczne zaopatrzenie miasta a w szczególności dzielnicy Łyczakowskiej w dobrą wodę. Najwybitniejszy dowód tego dała ostatnia epidemia wybuchła w Marcu 1893 r. Dolna część dzielnicy Łyczakowskiej otrzymuje wodę z 4 źródeł. (Demonstr. planu wodociągów w dzielnicy Łyczakowskiej). Zdarzyło się wówczas, że dwie główne rury wodociągowe, dostarczające wody z dwóch źródeł, w skutek silnych mrozów zamarzły a ponieważ trzecie źródło dostarczało tylko niewielkiej ilości wody, przeto dzielnica cała przez dłuższy czas była zaopatrywaną w wodę prawie wyłącznie ze źródła t. zw. Dominikańskiego. Źródło to, składające się z dwóch studni i ze zbiornika, ma wodę zaskórną, zaopatrzenie studni od zewnątrz jest niedostateczne a wyżej położona studnia znajduje się w pobliżu realności i wychodków bardzo zaniedbanych. Nasunęło się tedy przypuszczenie, że zanieczyszczenie wody z tego źródła odchodami z sąsiednich realności i wychodków, jest przyczyną epidemii i w skutek tego po przedstawieniu tych okoliczności, zarządził magistrat w dniu 25. Marca zamknięcie źródeł Dominikańskich. Przypuszczenie powyższe potwierdziło się przez okoliczność, że od tego czasu liczba dzienna nowych przypadków zachorowania zaczęła się szybko zmniejszać i epidemia wygasać tak, że od 6. Maja nie przybywali nowi chorzy, skutkiem czego z końcem Maja zamknięto szpital epidemiczny. (Demonstracya tablicy przedstawiającej graficznie dzienny przyrost chorych). W tej epidemii widocznie woda była roznosicielem zarazka.

Następnie kol. Merunowicz opisuje tegoroczną epidemię duru osutkowego (*typhus exanthematicus*) wybuchłą w przytulisku brata Alberta. Tutaj złym stósunkom higienicznym należy przypisać szybki wzrost epidemii, która po zamknięciu przytuliska i otwarciu szpitala epidemicznego zaczęła się zmniejszać a obecnie zupełnie wygasła.

W dyskusyi nad tym wykładem przemawiali koll.: Dębicki Klemens, Pawlikowski, Merunowicz i Krokiewicz.

7) Kol. Pawlikowski przedstawia tablicę śmiertelności z duru brzusznego w latach od 1873 do 1893.

Na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 2. Maja 1894 r.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego postanowił na posiedzeniu w dniu 28. z. m. przedstawić do nominacyi na profesora anatomii opisowej w miejsce ustępującego prof. Dra Ludwika Teichmanna Dra Kazimierza Kostaneckiego profesora nadzwyczajnego anatomii porównawczej w Uniw. Jagiell., na opróżnioną zaś przez śmierć prof. Madurowicza katedrę położnictwa i ginekologii terno w następującym porządku: 1) Dr. Henryk Jordan, prof. nadzwyczajny; 2) Dr. Antoni Mars, prof. nadzwyczajny i 3) Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

— Dnia 2. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sali wykładowej chemii ogólnej. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia wyłożył kol. prof. Jaworski rzecz o prześwietlaniu jam ustroju, głównie żołądka, za pomocą elektryczności, objaśniając wykład swój demonstracyą na kilku chorych z kliniki prof. Korczyńskiego. Następnie kol. Szymonowicz przedstawił liczne preparaty mikroskopowe zębiny, barwione metodą Zimmermanna, wreszcie kol. Korczyński Ludomił miał odczyt p. t.: *Przyczynek do etyologii wad sercowych.*

— Wydział krajowy zamianował Drów Stanisława Karpińskiego, asystenta katedry anatomii opisowej w Uniwersytecie Jagiell. i Leopolda Heima, praktykanta szpitalnego sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— **Wykaz** zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich w roku bieżącym lekarzy Polaków: Birsztany Rodecki. Busko: Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Radziszewski, Sulimirski. Ciechocinek: Certowicz, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockmann, Tannenbaum, Wohlberg. Cieplice czeskie: Skrzyński. Druskienniki: Bujakowski, Szepietowski. Eichwald: Kuryś. Elster: Błociszewski. Francensbad: Dębicki, Frenkel, Kittel, Rosner. Gleichenberg: Brühl, Bulikowski. Inowrocław: Krzymiński, Przybyszewski. Iwonicz: Dębicki, Kaden, Łukasiewicz, Rościszewski. Jaworze: Kowalski. Karlsbad: Hassewicz, Kretowicz, Rosenberg, Sternberg, Stiche, Toepfer, Tugendhat. Kissingen: Chłapowski. Krynica: Aszkenazy, Blatteis, Cercha, Ebers, Gembarzewski, Glücksmann, Kmietowicz, Kopff, Lorentski, Michalik, Roth, Skórczewski, Waligórski. Landeck: Ostrowicz, Pomorski. Maryenbad: Dobieszewski, Harajewicz, Jaroszyński, Kaufmann, Waligórski. Meran: Brühl. Morszyn: Medvey. Nałęczów: Chełchowski, Chmielewski, Doliński. Nusbaum. Niekłań: Misiewicz. Rabka: Głuchowski, Momidłowski. Reichenhall: Goldschmidt. Reinerz: Stan. Rymanów: Dukiet, Jodłowski, Krzyszkowski, Pelczar, Regiec. Schinznach: Tymowski. Sławuta: Dobrzycki, Dzierzbicki, Przesmycki. Solec: Daniewski. Siarczyński. Swoszowice: Tislowitz. Szczawnica: Doskowski, Gluziński, Hammerschlag, Kołączkowski, L. Korczyński, Kruszyński, Nieszkowski, Ściborowski. Truskawiec: Dekański, Kozłowski, Plech, Steinhaus. Wysowa: Jarosz. Zakopane: Buzdygan, Chramiec, Chwistek, Kulczyński, Piasecki, Smorągiewicz. Żegiestów: Hojnacki.

— Donoszą nam, że zdrojowisko jodowo-solankowe **Bad Hall** w Austryi Górnej tak się podniosło w latach ubiegłych, że tamtejszy Wydział krajowy jako zarządca tego zdrojowiska postarał się w sposób stósowny a mianowicie przez wybudowanie nowego zbiornika na wodę jodową, aby nawet wobec największej frekwencyi nie zabrakło kąpieli. Nadto zaprowadzono szereg znacznych ulepszeń dla komfortu i wygody gości, nawet wybredniejszych.

— Z 66. Zjazdem niemieckich przyrodników i lekarzy odbyć się mającym w końcu Września b. r. w Wiedniu, połączona będzie wystawa z zakresu nauk przyrodniczych i medycyny. Chcący w tej wystawie wziąć udział, mają do 20. Czerwca zgłaszać się do komitetu wystawy w Wiedniu (I. Uniwersytet), który udzieli na żądanie wszelkich potrzebnych objaśnień i druków.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Paryżu Dr. Landowski; w Pradze Dr. W. Steffal, profesor anatomii opisowej w czeskim Wydziale lekarskim; w Kołoszwarze Dr. E. Szilagyi, profesor oftalmologii w tamtejszym Wydziale lekarskim; w Madrycie Dr. D. Feliks Aramendia y Bolea, profesor kliniki lekarskiej; w Kaliszu Dr. Józef Cytwic.

Redakcya otrzymała:

Dr. Józef Zawadzki. Przypadek ostrego otrucia leczniczemi dawkami kreozotu Warszawa 1893.

Tenże. O siarkowodorze w żołądku rozszerzonym. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej* 1894).

Dr. Anton v. Hołowiński. Physiologische und klinische Anwendungen eines neuen Mikrophons (Rhytmophons) bei der Auscultation von Herz- und Pulsbewegungen. (Odbitka z *Zeitschrift für klin. Medicin.*

Dr. B. R. Gepner (syn). O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. (Odbitka z *Medycyny*).

Tenże. Dwa przypadki torbieli tęczówki. (Odbitka z *Medycyny*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się sprawozdanie zakładu zdrojowo-kąpielowego w Szczawnicy.

KONKURS

na stypendyum fundacyi ś. p. Kasparka, rocznie 2000 franków, na dwa lata, dla uczniów, którzy ukończyli studya medyczne w Krakowie i chcą kształcić się dalej w Paryżu.

Podania wnosić należy na ręce dziekana Wydz. lek. do dnia 16. Maja 1894.

Kraków dnia 1. Maja 1894. *Browicz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.